|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Enterprise Services  F-80130S (08/2011) | | | | | | | | **FINANCIAL INFORMATION INFORMACIÓN FINANCIERA** | | | | | | | | | **STATE OF WISCONSIN** | | | | | | |
|  | Al proporcionar la información solicitada en este formulario se cumple con lo establecido en las disposiciones de las secciones DHS 1.02(6) y 1.03(8) del Código Administrativo de Wisconsin*.* Si usted no proporciona la información solicitada o se niega a hacerlo, es probable que se le cobre el costo total de la atención médica. Si bien proporcionar el número de *Social Security* es voluntario, tenga en cuenta que éste es un identificador único que se utiliza para garantizar la identificación adecuada de los individuos que se enumeran en este formulario. La información personal que figura en él se usará solamente para fines de facturación y cobro, según lo establecido en la s. 51.30, Wis. Stats. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| Nombre del cliente (apellido, primer nombre, segundo nombre) | | | | | | | | | | | No. de cliente | | | Institución (abreviar) | | | | | | Fecha de inicio de prestación del servicio | | | |
| Domicilio familiar – Calle | | | | | | | | | | | Ciudad | | | | Estado | | | Código postal | | Número de teléfono particular | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |  | |  | | | |
| **PARTE 1 -** TERCEROS RESPONSABLES DE LOS PAGOS – SEGURO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número de *Medical Assistance* | | | | | Fechas de elegibilidad para M.A. | | | | | | | Número de *Medicare* | | | | | | Número de V.A. / Champus | | | | | |
|  | | | | | Desde: | | | | Hasta: | | |  | | | | | |  | | | | | |
| Nombre de la empresa aseguradora | | | | | | | | | Nombre del titular de la póliza | | | | | | | | | Número de abonado | | | | | |
| Domicilio de la empresa aseguradora - Calle | | | | | | | | | Ciudad | | | | Estado | | Código postal | | | Número de grupo | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | |  | |  | | |  | | | | | |
| Nombre de la empresa aseguradora | | | | | | | | | Nombre del titular de la póliza | | | | | | | | | Número de abonado | | | | | |
| Domicilio de la empresa aseguradora - Calle | | | | | | | | | Ciudad | | | | Estado | | Código postal | | | Número de grupo | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | |  | |  | | |  | | | | | |
| **PARTE 2 -** INFORMACIÓN SOBRE EL INGRESO FAMILIAR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **INGRESO PERCIBIDO** Los ingresos provienen de un empleo o del trabajo por cuenta propia (ya sea agrario o no). **BRUTO**  Indique los ingresos de todas las personas, excepto los niños en edad escolar. **PROMEDIO**  **INGRESO NO SALARIAL** Vea la definición de “ingreso” que se indica en DHS 1.01(2). Indique el ingreso no salarial de todas las personas **MENSUAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cliente | | | | (Si el cliente vive en una institución de cuidados sustitutos, no indique su ingreso.) | | | | | | | | | | | | | | | | | **INGRESO** | | |
| Fecha de nacimiento | | Número de *Social Security* | | | | | Nombre del empleador | | | | | | | Número de teléfono del trabajo | | | | | Percibido | | 1a | | |
| Domicilio del trabajo - Calle | | | | | | | | | Ciudad | | | | | Estado | | Código postal | | | No salarial | | 1b | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | |  | |  | | |  | |  | | |
| Cónyuge del cliente | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre completo | | | | | | Número de *Social Security* | | | | Fecha de nacimiento | | | | Fecha de casamiento | | | | | Percibido | | 2a | | |
| Domicilio particular (si difiere del que se indicó para el cliente) - Calle | | | | | | | | | Ciudad | | | | | Estado | | Código postal | | | No salarial | | 2b | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | |  | |  | | |  | |  | | |
| Número de teléfono particular | | | Nombre y ciudad del empleador | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| Padre del cliente menor de edad | | | | (Indique la información sobre el padrastro en las líneas 5a y 5b.) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre completo | | | | | | | | | | Número de *Social Security* | | | | Fecha de nacimiento | | | | | Percibido | | 3a | | |
| Domicilio particular (si difiere del que se indicó para el cliente) - Calle | | | | | | | | | Ciudad | | | | | Estado | | Código postal | | | No salarial | | 3b | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | |  | |  | | |  | |  | | |
| Número de teléfono particular | | | Nombre y ciudad del empleador | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| F-80130S (08/2011) | Página 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Madre del cliente menor de edad | | (Indique la información sobre la madrastra en las líneas 5a y 5b.) | | | | | | | | | |
| Nombre completo | | | | Número de *Social Security* | Fecha de nacimiento | | | Percibido | | 4a | |
| Domicilio particular (si difiere del que se indicó para el cliente) - Calle | | | Ciudad | | Estado | Código postal | | No salarial | | 4b | |
|  | | |  | |  |  | |  | |  | |
| Número de teléfono particular | Nombre y ciudad del empleador | | | | | | |  | | |
| Otros miembros de la familia | | ¿Indicó algún ingreso desde la línea 1a hasta la línea 4b?  Sí, CONTINÚE.  No, diríjase a la línea 18 y escriba 0. | | | | | | | | | |
| Familiares que viven en la casa y que tienen exenciones impositivas federales (hermanos, padrastros, etc.)  **●** Indique los ingresos de todas las personas, excepto los niños en edad escolar. **●** Indique el ingreso no salarial de todas las personas. | | | | | | | | | | | |
| Nombre completo Parentesco con el cliente Fecha de nacimiento Número de *Social Security* | | | | | | | |  |  | | |
|  | | | | | | | | Percibido | 5a | | |
| No salarial | 5b | | |
| TOTAL DEL INGRESO MENSUAL: Sume los totales de las líneas 1a a 5b e indique el resultado. | | | | | | | | | 6 | | |
| Total del ingreso mensual sumado desde la línea 6. | | | | | | | | | | 7 | |
| Obligaciones designadas por un tribunal pagadas mensualmente. | | | | | | | | | | 8 | |
| Total de ingresos después de las obligaciones designadas por un tribunal.  Reste la línea 8 de la línea 7. | | | | | | | | | | 9 | |
| PARTE 3: PAGOS Y AJUSTES MÁXIMOS MENSUALES | | | | | | | | | | | |
| Número total de personas que dependen del ingreso familiar para su sustento.  No incluya a las personas para quienes el tribunal ordenó el pago de un sustento ni a quienes viven en instituciones de cuidados. | | | | | | | | | | 10 | |
| PAGOS MENSUALES MÁXIMOS DE LA TABLA.  Use los valores indicados en las líneas 9 y 10. | | | | | | | | | | 11 | |
| AJUSTES AL PAGO MENSUAL MÁXIMO para el ingreso proveniente de partes no responsables. | | | | | | | | | |  | |
| ¿Reportó algún ingreso en las líneas 5a o 5b?  (Es decir, de una persona que no sea cliente, cónyuge, padre o madre)  No. Copie el monto de la línea 11 en la línea 18. No tenga en cuenta las líneas 12 a 17.  Sí. Complete las líneas 12 a 17. | | | | | | | | | |  | |
| Total del INGRESO NO SALARIAL promedio del cliente, cónyuge, padre o madre.  (Es decir, el total de las líneas 1b, 2b, 3b y 4b.)  No incluya el ingreso del cliente en colocaciones fuera del hogar. | | | | | | | | | | 12 | |
| Total del INGRESO PERCIBIDO promedio del cliente, cónyuge, padre o madre.  (Es decir, el total de las líneas 1a, 2a, 3a y 4a.)  No incluya el ingreso del cliente en colocaciones fuera del hogar. | | | | | | | 13 | | |  | |
| Calcule la mitad del monto de la línea 13. Ingrese el resultado. | | | | | | | | | | 14 | |
| Sume las líneas 12 y 14. Ingrese el resultado. | | | | | | | | | | 15 | |
| ASIGNACIONES PARA GASTOS RELACIONADOS CON EL TRABAJO. | | | | | | | 1a | | |  | |
| Para cada línea en este espacio de trabajo, indique el menor de los montos correspondiente a cada ingreso o $90. | | | | | | | 2a | | |  | |
| (Por ejemplo, si en la línea 1a figura $50, indique $50; si en la línea 1a figura $100, indique $90.) | | | | | | | 3a | | |  | |
|  | | | | | | | 4a | | |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| F-80130S (08/2011) | Página 3 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Encuentre el total de las asignaciones. | | 16 |
| Reste la línea 16 de la línea 15. Ingrese el resultado.  EL PAGO MENSUAL MÁXIMO NO DEBE EXCEDER ESTE MONTO. | | 17 |
| PAGO MENSUAL MÁXIMO AJUSTADO: Indique el menor de los montos de las líneas 17 y 11, si otra persona que no sea el cliente, ni el cónyuge, ni el padre ni la madre aporta el ingreso. En todos los otros casos, indique el monto que figura en la línea 11. | | 18 |
| PARTE 4: INFORMACIÓN ADICIONAL | | |
| SERVICIO ADICIONAL: ¿Se le factura actualmente a la familia por servicios ESTATALES O DEL CONDADO relacionados con la salud mental, el abuso de alcohol u otras drogas, discapacidades de desarrollo, servicios sociales o servicios correccionales para jóvenes?  Sí - Indique los montos de pago y las agencias en la sección de comentarios que se encuentra más adelante.  Es probable que sea necesario coordinar la solicitud de facturación y de pago. Ver DHS 1.05(11) y (12).  No - Continúe. | | |
| ACUERDO DE PAGO ESPECIAL: Si la familia solicita un régimen privilegiado de prórroga o demora del pago, indique las razones de tal solicitud en la sección de comentarios que se encuentra más adelante. Incluya la información sobre los pagos y gastos actuales. | | |
| Comentarios | | |
| Nombre del solicitante (escriba con letra de imprenta o a máquina) | Entiendo que la información suministrada en esta solicitud debe ser y es veraz y precisa, según mi leal saber y entender. | |
| Entrevistado por | Comprendo, además, que esta información puede ser verificada. | |
| Nombre completo Fecha de la entrevista | **FIRMA** del solicitante | |
| Revisión anual o periódica  Nombre del revisor Fecha de la revisión Acción  Sin cambios  Notas de cambios  F-80130S actualizado y preparado  Sin cambios  Notas de cambios  F-80130S actualizado y preparado  Sin cambios  Notas de cambios  F-80130S actualizado y preparado | | |